

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N°

THÈSE

431

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

CAISERMAN Ida

né le 24 Août 1903 à Siroesti Frumisica (Roumanie)

**Étude clinique des formes
Pseudo-Tuberculeuses de la Syphilis
de l'appareil respiratoire**

Président de Thèse : M. BEZANÇON, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ - PARIS

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N° _____

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

CAISERMAN Ida

ne le 24 Août 1903 à Stroesti Frumisica (Roumanie)

Étude clinique des formes Pseudo-Tuberculeuses de la Syphilis de l'appareil respiratoire

Président de Thèse : M. BEZANÇON, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ - PARIS

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTI
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeurs sans chaire	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri.... Pathologie médicale.
 BERNARD E. .. Pathologie médicale.
 BESANCON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD . . . Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES..... Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME ... {
 LANTUEJOUL. { Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS..... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale et comparée.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.



IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
ALAJOUANINE. Clinique médicale.
AUBERTIN Clinique médicale.
BRULE Clinique médicale.
CHABROL Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DONZELOT .. Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.

MM.

PASTEUR-VALLERY-RADOT. Clinique
médicale.
SEZARY Clinique médicale.
ECALLE Clinique obstétricale.
GUENIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER ... Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL.. Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.

MM.

BASSET Clinique chirurgicale.
BROCQ Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
GATELLIER .. Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
QUENU Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
VELTER Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
WEIL-HATTE Puériculture.
FREY Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET MON PERE :

*un trop faible témoignage
de reconnaissance pour leurs
grands sacrifices.*

A TOUS MES PARENTS ET A TOUS MES AMIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR **BEZANÇON**

Professeur de Clinique
à la Faculté de Médecine de Paris.
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Accadémie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse, hommage et res-
pectueuse reconnaissance.*

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE
DE MEDECINE :

ma grande reconnaissance
pour l'enseignement reçu
dans leurs services.

INTRODUCTION :

Alors que le système nerveux, le tube digestif et ses annexes, le rein sont si fréquemment atteints par la syphilis qui y détermine des lésions anatomiques multiples donnant lieu à des manifestations cliniques infiniment variées, il peut paraître assez surprenant que l'appareil respiratoire reste relativement peu touché et que la syphilis pleuro-pulmonaire n'occupe qu'une place assez restreinte en pathologie.

Peut-être ce fait est-il dû en partie à la tendance sclérogène du tréponème. Il est certain que des lésions fibreuses du poumon, pourvu qu'elles ne soient pas trop importantes déterminent relativement moins de gêne fonctionnelle que des lésions analogues atteignant d'autres appareils. Les formes fibreuses de la syphilis pulmonaire ont été presque les seules jusqu'à présent sur lesquelles l'attention a été fréquemment attirée. Il est incontestable cependant que bien d'autres aspects anatomo-cliniques peuvent être réalisés, malgré qu'on les méconnaisse souvent. L'extrême fréquence des manifestations respiratoires de la tuberculose explique suffisamment le préjugé en faveur de l'origine bacillaire de la plupart des affections pleuro-pulmonaires qui ne font pas leur preuve. La connais-

sance de l'ultra-virus tuberculeux a contribué peut-être à étendre trop le domaine de la bacillose dans les cas où la bactérioscopie était négative et où la clinique seule paraissait jouer en faveur de cette étiologie.

Les travaux modernes ont, en effet, montré que la syphilis pleuro-pulmonaire était beaucoup moins rare qu'on ne le pensait et que, chaque fois que des lésions pleuro-pulmonaires n'étaient pas signées par une cause précise, on devait rechercher la spécificité.

Certaines formes sont assez particulières pour que, leur diagnostic étant fait, l'idée de pneumopathie syphilitique doive immédiatement être retenue : ce sont la maladie d'Ayerza (artérite pulmonaire s'accompagnant de cyanose avec hyperglobulie) et les gommes du poumon (lorsque leur image radiologique est typique).

En dehors de ces aspects cliniques dont la fréquence n'est pas grande, la syphilis peut prendre une allure aiguë ou chronique dont les manifestations simulent en tous points celles de la tuberculose pulmonaire.

Le diagnostic a une importance capitale à deux points de vue : d'abord le pronostic n'est pas du tout le même. Jamais les lésions spécifiques n'auront une tendance aussi extensive ni surtout aussi ulcéralive que les lésions bacillaires. Il est très rare qu'un malade meure d'une pneumopathie syphilitique; c'est beaucoup plus l'atteinte d'autres viscères par le tréponème qui mettra sa vie en danger.

D'autre part, parmi les diverses causes des lésions pleuro-pulmonaires, la syphilis est une des seules con-

tre laquelle nous possédons une chimiothérapie véritablement efficace. Il importe donc d'éviter au malade les différents moyens collapsothérapiques, les sels d'or et la cure sanatoriale, puisque la thérapeutique arsenicale, mercurielle ou bismuthique le débarrassera le plus souvent de ses lésions en quelques semaines ou quelques mois.

Quels sont donc les éléments qui vont permettre d'établir le diagnostic?

« Deux points principaux marquent les étapes du diagnostic. Il faut en première ligne songer à la syphilis : c'est le point essentiel, et comme le praticien observe assez rarement des pneumopathies syphilitiques, il lui arrivera fatalement de les oublier au moment utile. La deuxième étape consiste à utiliser cette possibilité de syphilis, à en admettre ou en repousser la certitude, en se basant sur des caractères différentiels », (Bériel).

Nous verrons quelles sont les nuances du tableau clinique et les détails de l'image radiologique qui orienteront vers la possibilité de cette étiologie. Mais le diagnostic sera étayé déjà beaucoup plus solidement par l'existence d'antécédents spécifiques et par les réactions biologiques. Encore faut-il soumettre ces faits à une critique sérieuse. La réaction de Wassermann ne permet que de préjuger de l'étiologie des lésions pulmonaires. C'est l'épreuve du traitement qui constitue l'appoint le plus sûr au diagnostic. Sans doute les lésions scléreuses seront-elles moins influencée que les lésions gommeuses, mais il existe presque

toujours une participation inflammatoire qui ira en régressant, ce dont témoignera la modification des ombres radiologiques. Sans doute aussi faut-il toujours penser à la possibilité de syphilo-tuberculose qui peut être améliorée par le traitement antispécifique. Malgré qu'il soit difficile alors de faire la part de chacune de ces causes dans les lésions pleuro-pulmonaires, il n'est pas sans intérêt cependant de pouvoir agir efficacement sur l'une d'elles. Enfin la connaissance des régressions spontanées de certaines formes de tuberculose pulmonaire doit inciter à une interprétation prudente des résultats du traitement.

Malgré ces réserves, le traitement d'épreuves garde une importance de premier ordre pour le diagnostic.

Nous envisagerons successivement les différentes formes pseudo-tuberculeuses de la syphilis pleuro-pulmonaire chez l'adulte et chez l'enfant.

Chez le premier nous verrons d'abord les formes aiguës parmi lesquelles les pseudo-granulies sont plus fréquentes que les broncho-pneumonies avec foyers simultanés ou successifs. Puis nous verrons les formes chroniques qui sont beaucoup plus courantes : ce sont les lobites dont l'étude a été récemment approfondie sur lesquelles nous insisterons le plus; les formes fibreuses à répartition diffuse sont assez connues; les formes ulcéro-caséeuses peuvent se rencontrer. Les pleurésies et les cortico-pleurites seront ensuite envisagées. Elles sont intéressantes car leur étiologie a été fortement contestée.

En dernier lieu nous verrons que chez l'enfant l'hé-

rédo-syphilis peut créer des lésions ganglio-pulmonaires simulant tout à fait l'adénopathie trachéo-bronchique bacillaire dans ses différents aspects.

Ainsi auront été passées en revue des formes évoluant toutes sous le masque de la tuberculose pulmonaire et l'on pourra concevoir que si, d'après Tripier, les pneumopathies syphilitiques sont les plus communes de toutes les manifestations si fréquentes de la syphilis viscérale, elles puissent être dans bien des cas méconnues.

CHAPITRE I

Les formes aiguës de la syphilis pulmonaire pseudo-tuberculeuse chez l'adulte

Parmi les aspects multiples que peut revêtir l'atteinte syphilitique du parenchyme pulmonaire, les formes aiguës sont à la fois les moins connues et les plus curieuses.

Le tréponème bouleverse profondément le tissu pulmonaire et s'il arrive qu'il le détruise, il manifeste surtout un remarquable pouvoir de reconstruction. Alors qu'il agit en général d'une manière lente et progressive, il crée quelquefois des processus d'allure aiguë.

« On ne sait pas assez, écrivent Favre et Contamin, que la syphilis est capable de produire des lésions étendues qui se constituent rapidement et que son évolution peut s'accompagner de troubles fonctionnels très accusés. On ne connaît pas assez ses poussées évolutives prises trop souvent pour une inflammation banale. »

On peut diviser les manifestations aiguës de la syphilis pseudo-tuberculeuse du poumon en deux gran-

des formes : la granulée syphilitique et les broncho-pneumonies.

La première semble un peu plus fréquente. Elle a en outre l'intérêt de faire partie du problème de l'interprétation des ombres micronodulaires, qui a suscité tant de discussions encore récemment. Quant aux foyers aigus d'aspect broncho-pneumonique, si leur observation n'a pas encore fait l'objet de nombreuses communications, on peut penser que c'est avant tout parce que l'attention n'a pas été encore beaucoup attirée sur cette forme.

A) *Formes granulique :*

Le premier cas reconnu de granulie aiguë syphilitique fut publié dans le Lyon-Médical en 1928 par Fabre et Contamin. Peu de temps après, Gaté et Dechaume en signalaient un autre cas également à Lyon. Romand-Monnier entreprit ensuite une étude très complète des syndromes granuliques au cours de la syphilis pulmonaire dans sa thèse en 1931.

Avec Simonin et Tabellion on peut compter à l'heure actuelle sept cas authentiques de granulie aiguë syphilitique déjà publiés.

Le tableau clinique varie assez peu : le début est généralement brusque. En quelques jours s'installent des signes témoignant d'une atteinte grave de l'état général et de troubles importants de l'appareil respiratoire. L'asthénie, l'amaigrissement sont marqués. La température s'élève rapidement et en quelques jours atteint 39 ou 40. Elle suit alors une courbe va-

riable, tantôt légèrement oscillante, tantôt en plateau, comme dans l'observation princeps de Fabre et Contamin. Le pouls est toujours rapide et cette tachycardie est même souvent plus accentuée que ne le comporterait la température. A ces signes généraux s'associent la cyanose et la dyspnée. Les lèvres et les extrémités sont bleuâtres; la respiration superficielle et très rapide s'accompagne de battements des ailes du nez et parfois d'un peu de tirage. Ce mode de respiration témoigne bien d'un véritable état d'« anhématose ». Les signes stéthacoustique par contre ne sont en rien caractéristiques : le murmure vésiculaire est diminué dans les deux champs pulmonaires, les bruits adventices sont quelquefois importants et diffus, plus souvent ils manquent.

Devant cet ensemble de signes on peut être amené à penser à la fièvre typhoïde : cependant l'absence de signes abdominaux nets et de taches rosées, l'importance de l'amaigrissement dès le début de l'affection, le fait que le pouls est dissocié d'avec la température dans le sens contraire de celui qui est courant dans la dothiéntérie permet facilement d'éliminer ce diagnostic. Les résultats négatifs de l'hémoculture et du séro-diagnostic sont d'ailleurs là pour l'infirmier. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic d'endocardite maligne aiguë que l'absence de souffles cardiaques fait rejeter aussitôt.

C'est essentiellement à la granulie bacillaire que l'on est conduit à penser devant un tel tableau clinique. En général, le malade n'a aucun antécédent

pulmonaire et, d'autre part, l'absence d'expectoration ne permet pas d'examiner ses crachats. Mais ceci n'autorise en rien à douter du diagnostic de tuberculose. Quel que soit l'état du malade, un examen s'impose qui va presque toujours paraître confirmer l'hypothèse de granulée bacillaire, c'est l'examen radiographique.

Lorsque dans les cas rapportés de granulie aiguë syphilitique, des clichés ont été pris, toujours ils ont révélé des images micro-nodulaires. Or l'existence d'un tel aspect radiologique chez un malade qui présente un état général grave, une courbe thermique élevée et des signes pulmonaires, doit toujours en bonne règle clinique, rendre à peu près certain le diagnostic de granulie tuberculeuse aiguë.

Cependant, les travaux récents ont permis de mieux préciser les images micronodulaires, qui, sur de bonnes radiographies, ne présentent pas toutes le même aspect. Pour MM. Débré et Lelong, deux types au moins d'images doivent être séparés. Le premier correspond à l'image « en grains de sagon » classique. Il est caractérisé par des nodules punctiformes, peu foncés, à la limite de la visibilité. Ces taches rondes ou ovalaires sont uniformément et régulièrement réparties sur les deux champs pulmonaires. Toutes de dimension et d'opacité équivalentes, ces fines taches ne peuvent être appréciés sur les clichés habituels, ni surtout à l'écran où elles semblent former une espèce d'opacité continue par « sommation des images ». Le deuxième type correspond à des mi-

cronodules plus foncés, plus volumineux et plus flous qui tendent à se distribuer en groupes et qui peuvent avoir une prédominance unilatérale.

Cette utile distinction faite à propos des granulies froides a son intérêt dans l'interprétation des images radiologiques des syndromes granuliques aiguës. En effet, seul le premier type appartient uniquement à la tuberculose. Le second type, beaucoup plus fréquent d'ailleurs, peut répondre à d'autres étiologies, tout en pouvant être parfaitement donné par une granulie bacillaire.

Le fin granité radiologique ne correspond en effet qu'à des micronodules soit folliculaires soit exsudatifs, mais isolés dans le parenchyme pulmonaire. La syphilis ne crée jamais ces seules lésions ; il s'y associe toujours une certaine infiltration scléro-gommeuse. C'est-à-dire qu'il y aura sur le cliché non seulement une accentuation du réticulum mais également une exagération des arborescences normales. Il en résulte des granulations moins régulières, plus floues, plus grosses coexistant avec des traînées linéaires plus ou moins opaques.

Comme nous l'avons déjà dit, cette image est moins spécifique que celle du fin granité. On peut la voir après des hémoptysies quelle que soit leur cause ; elle peut répondre à un état de carcinométose miliaire aiguë succédant à un cancer de siège variable ; elle peut également se voir dans certaines formes de granulie tuberculeuse. Pour arriver au diagnostic de syphilis, il est nécessaire de rechercher les antécé-

dents, de faire les réactions sérologiques. La rareté des cas observés permet de comprendre que ces recherches aient été le plus souvent omises. Sur les sept cas de granulie syphilitique aiguë rapportés, cinq n'ont été reconnues qu'à l'autopsie.

Laissée à elle-même, l'évolution se fait en quelques jours ou en quelques semaines vers la mort qui survient par suite de la progression de l'asphyxie. Dans les deux cas qui ont été reconnus et traités, la thérapeutique arsenicale et mercurielle a donné des guérisons véritablement inespérés. Il est trop tôt pour dire que tous les cas traités réagirent aussi favorablement au traitement. Néanmoins, ces observations incitent à le tenter toujours au moindre soupçon de syphilis, lorsqu'un syndrome granuleux aigu ne fait pas sa preuve. Peut-être pourrait-on répondre à cette manière de voir qu'une carcinomatose aiguë ou une granulie tuberculeuse seront plutôt défavorablement influencés par ce traitement et que leur évolution fatale en sera accélérée. Mais puisque nous sommes jusqu'à présent complètement désarmés devant ces cas, le risque d'aggravation ne semble pas considérable.

L'examen anatomique qui a été pratiqué dans les cas de syphilis granuleux aiguë a montré l'intime fusion d'un tissu fibreux très développé et de nodules exactement circonscrits. Ces nodules avaient pour la plupart l'aspect et la dimension de gommes. Certains, plus petits, avaient l'apparence de petites perles opalines (Fabre et Contamin). Quant à l'examen histologique, il montre d'une part des formations gommeu-

ses, c'est-à-dire des nodules dont le centre est constitué par une substance dégénérée et dont la périphérie est faite d'une bordure épaisse de tissu conjonctif, d'autre part des néoformations alvéolaires à épithélium cubique dans le tissu pulmonaire subsistant.

B) *Formes bronchopneumoniques* :

Les bronchopneumopathies aiguës dues au tréponème ont été moins souvent observées que les granulies aiguës. Chez l'enfant, Marfan en a vu quelques cas, mais chez l'adulte on ne peut guère citer que les observations de Dieulafoy et celles plus récentes de Couronne et Lelong en 1926, de Moreau en 1931.

Dans l'ensemble, leur tableau est celui des trachéopneumonies à pyogènes banaux ou dues au bacille de Koch. C'est-à-dire que les caractères principaux en sont la variabilité focale et la variabilité thermique, chaque nouvelle poussée fébrile correspondant à l'évolution d'un nouveau foyer. Alors que le plus souvent les lésions se disséminent dans les deux champs pulmonaires, parfois l'atteinte aiguë reste prédominante ou même isolée à un seul poumon. L'évolution est dans la majorité des cas fatale. L'influence du traitement antisiphilitique a été peu étudiée jusqu'à maintenant.

CHAPITRE II

Les formes chroniques de la syphilis pulmonaire pseudo-tuberculeuse chez l'adulte

A) *Les lobites syphilitiques* :

La tendance qu'a le tréponème à créer une infiltration condensante du poumon grâce à l'association d'une hyperplasie péribronchique et d'une hyperplasie périvasculaire explique parfaitement l'extension diffuse de la plupart des lésions syphilitiques pulmonaires. Il arrive très souvent que le tissu interstitiel périlobulaire et interalvéolaire s'épaississe et étouffe la lumière des alvéoles : celles-ci peuvent être envahies par une prolifération de cellules jeunes ou par un exsudat fibrineux. Ainsi se forme une véritable pneumopathie massive. Il n'y a donc rien d'étonnant qu'un lobe entier soit le siège d'une telle modification pathologique.

Il est cependant curieux de constater que la lobite syphilitique n'est étudiée et décrite que depuis un temps relativement court.

Le terme de lobite créé il y a dix ans par Léon Bernard et Béthoux a essentiellement une significa-

tion radiologique. Quel que soit la précision de la localisation d'un syndrome stéthacoustique, jamais la clinique seule n'est suffisante pour porter avec certitude ce diagnostic. Il s'agit, selon Léon Bernard, d'une atteinte pulmonaire intéressant un lobe et dont le caractère lobaire est affirmé par la constatation d'une limite scissurale nette. Seule la netteté de cette démarcation autorise à porter le diagnostic de processus lobaire (Loi de la limitation lobaire de Rist et Ameuille).

Il peut se faire qu'une partie seulement du lobe soit intéressée et la plupart du temps, il s'agit alors d'une lésion juxta-scissurale. Etant donné le sens reconnu au terme lobite, on conçoit que certaines investigations radiologiques particulières soient nécessaires au diagnostic. Dans certains cas il convient d'éclairer l'interlobe en se conformant aux principes classiques de Bécclère, c'est-à-dire de diriger les rayons parallèlement au plan de la scissure. Plus souvent encore il faut s'aider des clichés de profil qui mettent plus facilement en évidence les limitations scissurales.

Les recherches nouvelles sur la physiologie de l'appareil respiratoire, dues à Sargent et ses collaborateurs, ont mis en évidence l'indépendance fonctionnelle des lobes pulmonaires, donc leur indépendance pathologique. Elles rendent compte de la fréquence avec laquelle la plupart des processus inflammatoires du poumon envahissent d'abord isolément un lobe.

La localisation lobaire des lésions tuberculeuses est devenue une notion bien établie. On sait d'autre

part que les pneumopathies pneumococciques ont plutôt une localisation segmentaire que lobaire et débordent assez souvent la scissure. Laquelle de ces tendances présente la syphilis pulmonaire? Malgré que les cas décrits ne soient pas encore très nombreux, on est en droit d'affirmer dès maintenant qu'au niveau du parenchyme pulmonaire le tréponème paraît agir fréquemment comme le bacille de Koch, c'est-à-dire créer des infiltrations ayant les scissures pour limite.

C'est Béthoux qui, le premier, a signalé des lobites « chez des syphilitiques ». Il en a décrit quatre cas siégeant au lobe supérieur. Il ne conclut d'ailleurs pas à la certitude du diagnostic de pneumopathie syphilitique, mais seulement à sa probabilité. Poix et Dénéchau, dans un travail sur les lobites supérieures tuberculeuses, admettent la possibilité de lobites syphilitiques. Roubier les décrit au point de vue radiologique sous forme d'image triangulaire à base hilare. Mais ce sont surtout des travaux récemment parus qui ont mis au point la description tant clinique que radiologique des lobites spécifiques. Nous citerons spécialement la belle observation de Courcoux et Jean Lereboullet dont l'examen histologique fut un des derniers pratiqués par Letulle. Dans un travail d'ensemble, A. Reybaud et A. Jouve ont bien étudié la syphilis du lobe supérieur. Enfin, tout dernièrement MM. Stoïchitza et V. Cretzu ont précisé certains points de la question de la forme lobaire de la syphilis du poumon.

Si au point de vue siméiologique, la syphilis lobaire présente peu de caractères qui lui soient particuliers, il est cependant des nuances qui, dans le tableau clinique peuvent attirer l'attention.

Tout d'abord l'âge du malade : « Le sujet atteint de lobite syphilitique est en général un homme âgé » écrivent Raybaud et Jouve. Et, en effet, dans les observations rapportées jusqu'à présent, il n'est pas fait mention de malades jeunes. Les cas signalés par Bérthoux concernaient des hommes dont l'âge variait entre 44 ans et 54 ans. Le malade de Courcoux et J. Lereboullet avait 68 ans. Ceux de Raybaud et Jouve 58 et 69 ans. Celui de Stoïchitza et Cretzu 52 ans.

Cette notion d'âge a son importance puisque, sans qu'il y ait de règle absolue à ce sujet, la tuberculose lobaire survient plus fréquemment à un âge peu avancé.

Le sexe masculin paraît plus souvent touché que le sexe féminin, alors que les lobites tuberculeuses sont un peu plus fréquentes chez les femmes. Il ne semble cependant pas que l'on puisse tenir compte de cette notion pour orienter le diagnostic.

Plus important est le caractère tardif des lésions pulmonaires par rapport à la contamination syphilitique. Tous les auteurs sont d'accord à ce point de vue sur lequel a particulièrement insisté Pierre Mauriac : « Il n'y a pas de lésion spécifique, a-t-il dit, qui se développe à une époque plus reculée. » Lorsque la date du chancre a pu être précisé, on a toujours constaté qu'il précédait de longues années les mani-

festations pulmonaires. Dans une observation de la thèse de Béthoux, le chancre était de vingt-six ans antérieur à la pneumopathie. Lorsque l'on ne retrouve pas l'accident primaire dans les antécédents, souvent l'examen du malade permet de mettre en évidence d'autres lésions viscérales qui, ne survenant que tard, témoignent bien de l'ancienneté de la vérole : tels une aortite ou un tabes.

Le mode de début de la lobite syphilitique est très variable : Il n'est cependant jamais brutal. Son insidiosité est au contraire la règle et l'ensemble des signes accusés par le malade fait penser soit à une tubercule pulmonaire, soit à une bronchopneumopathie traînante sans étiologie précise. La toux est fréquente. L'expectorat est en général muqueuse, rarement muco-purulente.

Parmi ces signes fonctionnels banaux, il est un élément saillant qui, pour ne pas être constant, se retrouve cependant assez souvent pour prendre de la valeur. Nous voulons parler des *hémoptysies*. Presque tous ces malades sont en effet des cracheurs de sang. L'hémoptysie a pu se produire au cours d'un accès thermique, avec un cortège de manifestations qui rappelle de très près la poussée évolutive de la tuberculose. Plus souvent il s'agit d'hémoptysies répétées. Les crachats ont une couleur tantôt rosée, tantôt rouge, tantôt rouillée. Ils sont expectorés en quantité peu abondante, non mêlés à du pus. Ils se répètent avec une persistance qui finit par inquiéter le malade. Contrastant avec un état général bien con-

servé, cette tendance hémoptoïque n'est pas sans attirer l'attention.

Les *signes généraux* sont en effet, dans la règle, discrets. Bien souvent le malade, malgré la longue durée de ses manifestations pulmonaires, garde un aspect floride, ce qui ne permet en rien de rejeter le diagnostic de tuberculose pulmonaire et oriente plutôt vers une forme fibreuse de cette affection. D'ailleurs, il n'en est pas toujours ainsi. Stoïchitza et Cretzu, Béthoux ont signalé de l'amaigrissement notable, de l'inappétence. La température reste cependant presque toujours normale, sauf dans un cas de Béthoux où la courbe thermique resta constamment élevée et dans certaines périodes où les hémoptysies sont plus abondantes.

Les *signes physiques* sont très pauvres en général. L'examen clinique du poumon ne fournit que peu de renseignements utilisables. Le plus souvent il n'existe aucun bruit adventice. Le murmure vésiculaire est diminué, l'inspiration rude et l'expiration prolongée. Chez certains sujets cependant, les symptômes sont plus riches et traduisent un état de condensation du poumon. Il existe de la submatité, une augmentation des vibrations vocales. On retrouve de la pectoriloquie, de la bronchophonie et même dans certains cas un souffle tubaire.

On ne peut donc aucunement rapprocher les différents cas de lobite syphilitique par une séméiologie clinique commune. Seuls les renseignements fournis par l'examen radiologique vont permettre d'aboutir

à la première partie du diagnostic : c'est-à-dire à préciser qu'il s'agit d'une lobite.

L'examen à l'écran est insuffisant. Il montre seulement une opacité localisée et semblant bien limitée. Il ne permet pas d'apprécier avec exactitude les limites de la lésion. Les clichés de face sont suffisants lorsqu'il s'agit de l'atteinte du lobe supérieur droit, mais la direction de la scissure inférieure droite et de la scissure gauche rend nécessaire les clichés en position transverse lorsque la syphilis a atteint les lobes moyen ou inférieur droits ou l'un des lobes gauches. En effet, c'est grâce à cette incidence des rayons que l'on peut voir un arrêt net des lésions à la scissure, alors que l'incidence habituelle n'aurait montré que des limites floues. Ce point important de l'investigation radiologique a été bien mis en évidence par MM. Sergent, Pruvost, d'Hour.

Le lobe le plus fréquemment atteint par la syphilis est le lobe supérieur droit. Il en est ainsi dans les observations de Stoïchitza et Cretzu, de Béthoux. Ensuite vient le lobe supérieur gauche (cas de Raybaud et Jouve, de Courcoux et J. Lereboullet). Les lobes moyen droit et inférieurs sont pris beaucoup plus rarement.

Dans la majorité des cas l'image de condensation présente un aspect assez homogène. L'opacité est très régulière, contrastant avec la clarté pulmonaire de voisinage. Il arrive même que l'opacité soit tellement massive qu'en en arrive à faire penser à un cancer du poumon. Cependant, dans deux observations rapportées, ce caractère a fait défaut et l'ombre radio-

logique était irrégulière et nuageuse. En général, la totalité du lobe est envahie. Lorsqu'une partie reste relativement claire, ce n'est pas la région juxta-scissurale.

Un dernier caractère important à connaître et qui semble assez particulier à l'étiologie syphilitique de la lésion pulmonaire est l'aspect de la limite scissurale. Très souvent elle correspond à la topographie normale de l'interlobe. C'est dire que cette limite est régulière et qu'elle est à peu près rectiligne sur un cliché avec l'incidence convenable. Il n'y a donc pas dans l'atteinte syphilitique cette incurvation à concavité dirigée en bas et en dehors signalée dans l'atteinte tuberculeuse par Rist et Ameuille et que l'on observe en effet avec une grande fréquence alors. Cette incurvation témoigne de phénomènes rétractiles (au même titre que la déviation trachéale ou cardiaque, que le diaphragme festonné) qui n'existeraient donc pas dans les lobites spécifiques. Au contraire il est des cas où l'incurvation de la scissure se fait dans le sens inverse, c'est-à-dire la concavité dirigée en haut et en dedans. C'est ce que l'on remarque sur le cliché qui accompagne l'observation rapportée par Stoïchitza et Cretzu : on a tout à fait l'impression au point de vue purement radiologique, d'une tumeur du poumon. Sans que l'on puisse accorder une énorme valeur à ce contour curieux de l'opacité pulmonaire, il est assez intéressant de le signaler ; car dans l'ensemble d'un tableau clinique où tout sem-

blerait plaider en faveur de la tuberculose, il pourrait jouer pour orienter autrement le diagnostic.

En somme, il s'agit le plus souvent d'un homme âgé qui consulte pour un épisode pulmonaire d'apparence banal mais prolongé, qui, fréquemment, a eu des hémoptysies peu abondantes mais répétées. L'examen stéthacoustique ne révèle que des signes peu caractéristiques, semblant seulement assez bien localisés dans une zone pulmonaire. L'examen radiographique enfin vient préciser l'existence d'une lésion bien limitée, homogène, atteignant un lobe.

Devant cet ensemble de signes, quel va être la première hypothèse envisagée? Presque toujours on pensera à la tuberculose. Les lobites dues au bacille de Koch sont trop fréquentes pour que cette idée ne vienne pas d'abord à l'esprit. L'examen bactériologique des crachats que l'on demande immédiatement pour vérifier cette hypothèse se montre négatif. Malgré la répétition des examens, malgré l'homogénéisation on continue à ne trouver aucun B. K. dans l'expectoration. C'est alors que la possibilité d'une pneumopathie syphilitique doit être envisagée.

Le diagnostic va être étayé sur quatre éléments dont la valeur est inégale et qui, bien entendu, ne se retrouvent jamais au complet : les antécédents, les stigmates cutanéomuqueux et viscéraux, les réactions biologiques, l'épreuve du traitement.

Les antécédents sont assez rarement probants. L'ancienneté de l'accident primaire l'explique facilement. Dans la majorité des cas, le malade ne se sou-

vient plus ou ne donne que des renseignements trop peu précis sur l'existence d'un chancre dans son jeune âge.

Plus intéressants déjà sont les stigmates cutanéomuqueux et viscéraux que peut révéler l'examen. L'existence de signes cliniques indiscutables comme une leucoplasie buccale étendue, une aortite, un anévrysme de l'aorte, un tabes plaident suffisamment en faveur de la syphilis pour faire entreprendre le traitement. Dans la première des observations de Raybaud et Jouve, le diagnostic fut affirmé en se basant sur l'existence d'une maladie de Hodgson et d'une kératite bilatérale et là, malgré la négativité de la réaction de Wassermann.

La suite de l'observation montra bien que le diagnostic était exact.

Les réactions sérologiques ne sont, en effet, qu'assez rarement positives. Parfois, en réactivant la syphilis par quelques injections de cyanure de mercure, elles peuvent le devenir. En tout cas, des réactions négatives ne doivent jamais faire rejeter l'hypothèse de syphilis.

La preuve de la syphilis pulmonaire n'est pas encore faite lorsque les arguments cliniques ou biologiques permettent d'affirmer la syphilis. On peut très bien avoir affaire à une pneumopathie banale ou d'origine tuberculeuse chez un syphilitique. C'est alors que prendront de la valeur les nuances du tableau clinique que nous avons signalés : l'âge avancé du malade, la fréquence des crachats hémoptoïques,

la conservation relative d'un bon état général. Enfin les détails même de l'image radiologique peuvent prendre de l'importance. Nous avons vu l'aspect particulier de la limite scissurale qui n'a que rarement une concavité inféro-externe (tout au moins dans les lobites supérieures) mais parfois même une concavité supéro-interne. Signalons, d'autre part, un élément du cliché qui, pour Raybaud et Jouve, n'est pas sans valeur : La présence au niveau des hiles de nodules opaques fibro-calcaires dont Sergent a déjà depuis longtemps noté la fréquence dans les pneumopathies dues au tréponème.

Il est enfin possible que dans des cas particulièrement délicats — une observation de Béthoux est caractéristique à ce point de vue — les deux facteurs syphilis et tuberculose s'associent pour créer la lobite. Peut-être cette association est-elle plus fréquente qu'il ne le semble. En tout cas, ce problème dépasse les ressources de l'investigation clinique et radiologique. Les recherches biologiques même sont le plus souvent incapables de donner les précisions nécessaires à ce point de vue.

L'épreuve du traitement, si elle ne peut lever les derniers doutes, puisqu'elle agira au moins partiellement dans les cas de syphilo-tuberculose, n'en est pas moins d'un intérêt capital. Si les lésions régressent complètement sous l'influence de la thérapeutique anti-syphilitique, si le nettoyage radiologique est total, il est permis d'affirmer sans erreur possible le diagnostic de lobite syphilitique. Si la régression des

lésions n'est que partielle, on pourra penser que le tréponème jouait un certain rôle dans le déterminisme de la lobite, réserve faite des régressions spontanées de certains infiltrats tuberculeux.

De toutes façons, le traitement sera conduit avec prudence mais également avec toute la fermeté nécessaire. Les arsenicaux sont de maniement délicat, à cause de leurs propriétés congestivantes. Un cas de Béthoux montre à quel point ils peuvent être défavorables. Il s'agissait d'ailleurs probablement d'une syphilo-tuberculose. Pour Raybaud et Jouve le remède le plus précieux, celui qui leur a donné les meilleurs résultats, est l'iodure de potassium. A première vue ce fait est assez paradoxal puisqu'on connaît bien la tendance hémoptoisante des iodures et que les malades traités crachaient du sang fréquemment. En tout cas il serait, nous semble-t-il, opportun de mettre l'iodothérapie au second plan, si des arguments cliniques ou radiologiques plaidaient partiellement en faveur de la tuberculose. Sans doute, les iodures n'ont qu'une heureuse action sur les hémoptysies des syphilitiques. Cela peut être rapproché des constatations déjà anciennes de Fournier dans les cas de syphilis hémorragique gastrique.

Il reste enfin deux médicaments spécifiques que l'on pourra employer la plupart du temps sans danger et qui ont déjà fait leur preuve dans les pneumopathies syphilitiques : c'est le mercure et le bismuth.

Les résultats obtenus pour le traitement spécifique dans les lobites dues au tréponème sont très satis-

faisants dans l'ensemble. C'est rapidement que les signes fonctionnels disparaissent, que les hémoptysies se tarissent. Quant au nettoyage radiologique, il peut être complet comme on peut s'en rendre compte dans les belles observations de Stoïchitza et Cretzu, de Raybaud et Jouve. L'effacement de l'opacité sur le cliché dépend avant tout de la part de l'élément inflammatoire et de l'élément fibreux. Comme dans toutes les pneumopathies, quelle que soit leur origine, lorsque le tissu de cicatrice domine les traînées opaques ne disparaissent pas.

B) Les formes fibreuses diffuses :

Beaucoup plus souvent qu'une pneumopathie limitée à un lobe, la syphilis détermine dans le parenchyme pulmonaire des lésions diffuses et dans la plupart des cas scléreuses.

Cependant, il est très difficile de donner une description exacte de ces formes : La part de la syphilis ne peut en effet la plupart du temps qu'être soupçonnée et non affirmée, puisqu'il manque ici le test capital : la régression des opacités pulmonaires sous l'influence du traitement spécifique. Aussi le diagnostic n'est-il porté en général qu'à l'autopsie sur la constatation des lésions histologiques pathognomoniques de la syphilis, décrites par Letulle : importants placards de sclérose mutilante, présence de cavités pseudo-glandulaires tapissées d'une couche unique de cellules cubiques, îlots folliculaires disséminés sans nécrose centrale ni cellules géantes, ectasies

bronchio-alvéolaires, atrophie des parois bronchiques, lésions inflammatoires artérielles avec oblitération partielle de la lumière des vaisseaux.

Si l'on reprend l'histoire clinique de tels malades, on trouve des manifestations respiratoires chroniques évoluant sans beaucoup de modifications pendant de longues années sous le masque d'une bronchite chronique, ou mieux, d'une tuberculose fibreuse. L'expectoration est peu importante, muqueuse. L'absence de bacilles de Koch dans les crachats s'expliquent par l'absence de lésions ouvertes, n'élimine pas le diagnostic de bacillose. L'examen radiographique montre des traînées opaques diffuses se disséminant sans systématisation dans les deux champs pulmonaires. Ces arborescences sont cependant plus marquées au niveau des biles où elles s'accompagnent en général de petites taches plus ou moins arrondies et très foncées, témoignent de l'existence de calcification dans ces régimes.

Dans d'autres cas, la participation bronchique est plus importante que la participation pulmonaire. Le diagnostic avec les formes fibreuses de la tuberculose n'en n'est pas facilitée pour cela. Il s'agit alors des formes sèches hémoptoïques de la dilatation anévrysmale des bronches décrite par Azoulay. Elles se manifestent essentiellement par des hémoptysies, accompagnées d'un minimum de signes généraux et fonctionnels, répétées à quelques semaines ou quelques mois d'intervalle.

Deux étapes sont à considérer pour faire le dia-

gnostic : établir l'existence de l'ectasie bronchique, démontrer son étiologie.

C'est grâce à l'exploration lipiodolée des bronches que l'on révélera la présence de dilatations cupuliformes plus ou moins importantes. Quand au diagnostic de syphilis, il sera fondé sur les mêmes éléments que nous avons étudié à propos des lobites. Il est d'une manière générale beaucoup plus difficile à poser.

Nous ne pouvons reprendre ici l'important problème de l'étiologie de la dilatation bronchique. Les conceptions émises à ce point de vue sont loin à l'heure actuelle d'être concordantes. Disons seulement que les travaux récents de Lereboullet, de Pruvost, font une part de plus en plus importante au facteur congénital dans le déterminisme des dilatations cupuliformes et que la syphilis semble perdre ainsi l'importance qu'on lui avait d'abord accordé.

C) *Formes ulcéro-caséuses :*

Il y a une vingtaine d'années, les pneumopathies syphilitiques s'accompagnant de lésions ulcéro-caséuses paraissaient fréquentes. Elles étaient même considérées comme les formes les plus habituelles et on les reconnaissait à ce que le syndrome de suppuration pulmonaire chronique s'accompagnait d'une bonne conservation de l'état général. « Le syphiliti-

que pulmonaire, a dit Bazin, est un caverneux bien portant. »

En réalité, beaucoup de ces cas doivent rentrer dans le cadre de la dilatation bronchique comme l'a mis en évidence le progrès de l'investigation radiologique. On ne peut parler maintenant de syphilis pulmonaire ulcéro-caséuse que lorsque, sur le cliché radiographique, on trouve la présence d'une image hydro-aérique, coexistant avec des lésions d'aspect variable.

Comme y a insisté Sergent, une telle image ne peut être due, en cas de syphilis, qu'à l'existence d'une gomme. Elle rend compte de l'une des périodes de son évolution. Elle fait suite à l'image arrondie, « obronde », un peu ovulaire, qui correspond à la gourme à sa phase de début. Elle indique le processus de fonte et d'évacuation dans une bronche voisine. Au point de vue clinique, le malade porteur d'une telle gourme, ne présente pas de signes très caractéristiques. Il est en général venu consulter pour une sensation de fatigue général, s'accompagnant d'amaigrissement variable sans poussée fébrile. Il est depuis longtemps un toussEUR et un cracheur habituel. Son expectoration est devenue depuis quelque temps muco-purulente ou franchement purulente.

L'association de ce tableau clinique et d'une image hydroaérique n'autorise pas le diagnostic d'abcès du poumon en raison de l'absence de fièvre. Celui de cancer du poumon n'est guère probable en raison de

la légèreté des signes fonctionnels, du peu d'importance de l'amaigrissement. Tout porte à croire à une tuberculose ulcéro-caséeuse. Ce n'est que devant l'absence de B. K. dans les crachats purulents, malgré des examens répétés que ce diagnostic est mis en doute. On doit systématiquement alors rechercher la syphilis et tenter d'en faire la preuve.

Laissées à elles-mêmes, ces « cavernes syphilitiques » n'ont pas un mauvais pronostic. Elles ne persisteront pas très longtemps. L'image hydro-aérique est bientôt remplacée par l'image cicatricielle, nodulaire ou étoilée « qui s'inscrit indélébile au siège de l'ancienne gomme guérie » (Sergent). Mais cette évolution n'est pas obligatoire. L'extension des lésions est toujours à craindre et d'autres atteintes viscérales peuvent engager sérieusement l'avenir du malade. Au contraire, le traitement agit avec une particulière efficacité sur cette forme de pneumopathie syphilitique.

Cependant, quand le traitement est entrepris trop tardivement, l'évolution est parfois grave. Sergent, Piot et Imbert ont rapporté dernièrement un cas caractérisé par une expectoration purulente et fétide, des gammes multiples disséminés dans les deux poumons. Des injections de cyanure de mercure furent entreprises à la suite desquelles on constata la disparition complète d'une gomme et l'opacification d'une autre. Mais l'expectoration persista et bientôt apparut un processus de bronchopneumonie subaiguë, se traduisant radiologiquement par l'infiltration pro-

gressive du lobe inférieur, qui entraîna la mort. Les auteurs se demandent si les gommes ne coïncidaient pas alors avec une suppuration pulmonaire à pyogènes banaux : la syphilis n'immunise pas contre les suppurations, qu'elles soient pulmonaires ou autres.

CHAPITRE III

Les pleurésies syphilitiques

Parmi les localisations de la syphilis sur l'appareil respiratoire, les manifestations pleurales sont certainement celles dont l'étiologie est la plus contestable. De nombreuses controverses se sont d'ailleurs élevées à ce sujet, car pour certains auteurs il n'y aurait jamais de pleurésies syphilitiques mais des pleurésies tuberculeuses ou cardiaques chez des syphilitiques.

La majorité cependant admet l'existence des *pleurésies secondaires* qu'elles surviennent à la période roséolique ou préroséolique. Pour Gaté et Barral, ces pleurésies contemporaines des éruptions cutanées, de l'iritis, des ictères, semblent une des manifestations de la septicémie tréponémique. Mais d'autres expliquent la survenue de ces épanchements pleuraux par une poussée de l'infection bacillaire apparaissant à la faveur de la moindre résistance du terrain liée à la période secondaire.

Ces pleurésies, parfois sèches, se présentent le plus souvent sous la forme séro-fibreuse, parfois hémorragiques, souvent bilatérales, avec tendance spontanés à la résorption, apparaissant et disparaissant avec la

roséole. Quel que soit l'opinion qu'on ait de leur étiologie exacte, il reste indiscutable que leur résolution est nettement influencée par le traitement anti-syphilitique.

Beaucoup plus discutées encore sont les *pleurésies appartenant à la période tertiaire* de la syphilis.

Avec Madeleine Gautier, on peut les diviser en trois catégories : les pleurésies associées à une pneumopathie syphilitique, les pleurésies secondaires à une lésion syphilitique de voisinage et les pleurésies isolées.

A) *Pleurésies associées à une pneumopathie syphilitique :*

Wirchow et Lancereaux ont décrit des pleurésies sèches accompagnant l'atteinte tréponémique du poumon. Dieulafoy, Gaucher, Balzor et Jacquin ont rapporté des cas de pleurésies exsudatives. La gravité de ces épanchements est variable. Elle est liée à l'importance de l'atteinte pulmonaire. Lorsqu'il ne s'agit que de lésion superficielle du parenchyme, de cortico-pleurite, la résolution est rapide qu'elle soit ou non aidée par le traitement. Lorsque le poumon est plus sérieusement touché, l'évolution peut être grave. Dans le cas de Simonin et Tabellion, le début avait été brusque par point de côté à la partie antéro-externe de la base gauche, toux fréquente, fièvre, sueurs nocturnes abondantes, état général très atteint. A l'examen, l'immobilité respiratoire de l'hémithorax gauche, la matité avec abolition du mur-

mure vésiculaire sortant à la base, témoignaient bien de l'existence de l'épanchement. Mais de nombreux râles humides au sommet indiquaient la participation pulmonaire.

La radiographie montrait une opacité totale de l'hémithorax gauche. La ponction ramena un liquide citron, séro-fibrineux dont l'examen chimique décela une albuminose importante, et l'examen cytologique une formule exclusivement lymphocytaire et de nombreuses hématies.

Sans qu'on ait eu le temps de faire les recherches étiologiques nécessaires, une hémoptysie foudroyante emporta le malade et seul l'examen histologique vint affirmer la nature syphilitique de cette pleuro-pneumopathie.

C'est une observation de pleurésie associée à une syphilis pulmonaire avec une évolution grave.

B) Pleurésies secondaires à une lésion syphilitique de voisinage.

Elles ne sont pas très fréquentes; on en a rapporté des cas secondaires à une périostite costale, d'autres succédant à une atteinte médiastinale de la syphilis. Il est intéressant de constater que ces épanchements ont leurs homologues dans la tuberculose.

C) Epanchements pleuraux primitifs.

C'est sur cette classe de pleurésies que nous insistons tout particulièrement. Roger et Sabareanu en ont rapporté les deux premières observations en 1910 : chez deux malades indemnes de toute lésion

pulmonaire était survenu un épanchement à début brusque, rétrocedant sous l'influence du mercure et de l'arsenic. Pour ces auteurs, la nature syphilitique de l'atteinte pleurale était démontrée par les éléments suivants : Réaction de Wassermann positive dans l'épanchement pleural; effet heureux du traitement spécifique, absence de tout soupçon de bacilllose aussi bien dans les antécédents que dans les examens pratiqués.

Depuis ces observations princeps, d'autres ont été publiées et dernièrement, Madeleine Gautier en rapportait un cas très typique.

Au point de vue clinique, la symptomatologie est celle que l'on trouve dans les épanchements habituels. La quantité de liquide est souvent importante et il n'est pas rare que la moitié remonte jusqu'à la pointe de l'omoplate.

La ponction exploratrice met en évidence un liquide dont l'aspect n'est pas toujours identique :

Soit liquide *hémorragique* renfermant des hématies, des leucocytes à prédominance de polymicléaires avec noyaux pycnotiques, sans cellules endothéliales, comme dans le cas de Léon Bernard, Mouquin et Lelong.

Soit liquide *séro-fibrineux* avec lymphocytose à peu près pure comme dans les deux cas de Roger et Sabareanu.

Soit liquide *louche* avec nombreux polymicléaires, quelques cellules endothéliales isolées, comme dans l'observation de M. Gauthier.

Lorsque l'examen humoral du liquide pleural a été pratiqué, on a souvent trouvé une réaction de Wassermann, fortement positive et parfois une réaction photométrique de Vernes au pyréthynol (spécifique de la syphilis) positive.

D'une manière générale le Wasserman est positif également dans le sang.

Enfin dernier caractère de ces pleurésies testiaires, le traitement antisypilitique a une action remarquable, faisant très rapidement disparaître l'épanchement.

Voyons maintenant l'interprétation donnée par les auteurs de la nature de ces pleurésies.

Pour Sergent, la pleurésie séro-fibrineuse syphilitique n'a pas fait sa preuve et l'on ne sera fondé à reconnaître son existence que lorsque des autopsies de la plevre ou lorsque des examens bactériologiques auront démontré l'existence de tréponème dans les exsudats. Comme le faisait déjà Landouzy, il remarque que le terrain syphilitique est essentiellement favorable au développement de la tuberculose : les épanchements sont de « support syphilitique » mais de nature bacillaire.

Discutant la valeur des éléments du diagnostic différentiel, Sergent reprend un à un les arguments qui viennent plaider pour sa thèse :

— L'efficacité du traitement d'épreuve n'a pas de valeur absolue car il exerce une influence favorable sur les localisations tuberculeuses greffées sur les terrains syphilitiques;

— La réaction de Wassermann positive dans le sang prouve seulement que le sujet est syphilitique;

— La réaction de Wassermann dans le liquide est en rapport avec l'état de syphilisation du sujet mais non forcément avec la nature syphilitique de l'épanchement;

— La recherche des bâcilles négatives et même l'inoculation au cobaye négative n'est pas une preuve absolue contre la tuberculose;

— La lymphocytose du liquide appartient aussi bien aux exsudats tuberculeux qu'aux exsudats syphilitiques.

A ces arguments d'autres peuvent répondre qui semblent à l'appui de la nature syphilitique de certains de ces épanchements :

— Bien souvent on ne peut mettre en évidence aucun antécédent tuberculeux chez le malade, ni personnel, ni familial;

— L'absence de fièvre est assez rare dans le cours de l'évolution d'une pleurésie tuberculeuse;

— Si le B. W. dans le sang n'est pas démonstratif, il n'en est pas de même du B. W. dans le liquide pleural car il n'y a pas alors simple filtration apportant à la plèvre des substances venues du milieu sanguin (tel le cas des B. W. positifs dans les vésicatoires appliqués à des syphilitiques) mais il y a inflammation de la plevre aboutissant à la sécrétion liquidienne.

— La cytologie du liquide n'est pas toujours identique à celle des épanchements tuberculeux. L'asso-

ciation aux leucocytes de cellules épithéliales, comme il en existait dans les observations de Gate, d'Ættinger et Malloisel, de M. Gautier, semble assez spéciale à la syphilis;

— Enfin si le traitement d'épreuve n'a pas une valeur absolue, il n'en est pas moins vrai que la régression rapide d'un épanchement sous l'influence de la thérapeutique spécifique, alors qu'il était demeuré longtemps auparavant sans modifications, vient tout de même plaider en faveur de l'origine syphilitique de l'épanchement.

Il n'est pas possible de conclure encore dans ce débat. On doit seulement retenir la fréquence de l'association syphilo-tuberculose dans les épanchements pleuraux qui apparaissent chez des syphilitiques.

CHAPITRE IV

La syphilis ganglio-pulmonaire de la première enfance

Depuis longtemps, on connaît chez le nouveau-né hérédo-syphilitique l'existence de pneumonie blanche dont les lésions étendues déterminent une mort rapide, au bout de quelques jours durant lesquels les manifestations clinique ont consisté dans de la dyspnée et de la cyanose, souvent accompagnées de signes cutanés, muqueuse ou viscéreux de syphilis congénitale.

Beaucoup plus intéressants et décrits plus récemment sont des manifestations respiratoires au cours de la première enfance qui simulent de très près la tuberculose.

Ces lésions pulmonaires traînantes avec adénopathie trachéo-bronchique ont été décrites pour la première fois par Morfan, Vallery-Radot et Debray en 1926. Une observation attentive portant sur 11 ans de recherches hospitalières a permis à Pehu et Rouhier d'en relever 14 cas. Enfin tout dernièrement Marcel Lelong, Gavois et Segrestaa en rapportèrent encore un exemple.

C'est à la fois l'atteinte de l'état général (teint pâle, inappétence, absence d'augmentation pondérale) et des manifestations fonctionnelles respiratoires (toux quinteuse, dyspnée expiratoire à type de stridor) qui attirent l'attention des parents.

L'examen clinique des poumons ne donne pas des renseignements très précis : il y a parfois une différence de sonorité entre les deux champs pulmonaires. Parfois des râles fins viennent témoigner de l'atteinte parenchymateuse.

C'est la radiographie qui est bien entendu l'examen capital. Elle révèle une opacité diffuse plus ou moins étendue dans les champs pulmonaires, mais surtout un élargissement de l'ombre cardio-médiastinale dans sa moitié supérieure, témoignant des lésions ganglionnaires. Dans les cas où l'adénopathie est plus caractéristique, ces ombres ont un contour polycyclique net.

Devant un tel tableau clinique et radiologique, l'idée d'un syndrome de compression médiastinale s'impose et le diagnostic de tuberculose paraît évident. Toutefois, on relève, contre ce diagnostic, quelques anomalies. Aucun contact tuberculeux familial ne peut être mis en évidence. L'hypothermie permanente est assez curieuse pour une bacillose. L'aspect radiologique lui-même, dans ses détails, n'est pas habituel : il existe dans les champs pulmonaires des traînées plutôt broncho-vasculaire que parenchymateuse.

Mais surtout les réactions tuberculiniques pratiquées sont absolument négatives : On sait que l'on ne doit pas se fonder sur le résultat d'une seule cuti, qu'il est nécessaire d'en faire au moins deux. D'autre part, R. Debré, M. Lelong et Mlle Pictet ont montré qu'un cas de cuti négative, il fallait pratiquer des intradermo-réactions en série à doses croissantes de tuberculine, depuis 0 gr. 001 jusqu'à 0 gr. 005 et même 0 gr. 01 : on peut ainsi dans les cas difficiles écarter à coup sûr l'infection tuberculeuse sous quelque forme que ce soit.

D'autres causes plus rares doivent être envisagées avant de soulever l'hypothèse de syphilis : la coqueluche ne peut pas être retenu devant la longue durée des manifestations, l'importance de la dyspnée. L'hypothèse d'une broncho-pneumonie subaiguë traînante à pyogènes banaux ou d'un œdème infectieux subaigu du type de ceux décrits par R. Debré et Sémelaigne doit être posée; cependant la note médiastinale dont est empreinte le tableau clinique doit les faire rejeter.

On en arrive enfin pour expliquer ce syndrome broncho-pulmonaire accompagné d'un syndrome médiastinal à l'idée d'une syphilis ganglio-pulmonaire.

Quelquefois d'autres signes d'hérédo-syphilis : les malformations dentaires, la splénomégalie, le coryza permanent viennent aider au diagnostic. Mais souvent, ces signes manquent et l'on doit pratiquer les réactions biologiques dans le sang de l'enfant et dans celui des parents. Presque toujours alors un Was-

sermann ou un Hecht positifs viennent donner un important appui à l'hypothèse soulevée.

Les résultats du traitement sont d'ailleurs là pour confirmer dans la plupart des cas le bien fondé du diagnostic. Les frictions mercurielles, les suppositoires mercurielles, les injections sous-cutanées de sulfarsénol sont les médicaments les mieux appropriés. Cependant la guérison ne survient pas tous les jours. Souvent les enfants, traités trop tardivement, meurent d'une infection intercurrente survenue à la faveur de leur mauvais état général.

Malgré sa rareté, la syphilis congénitale ganglio-pulmonaire mérite d'être recherchée avec soin, toutes les fois où l'on ne peut faire la preuve de tuberculose. Malgré la gravité du pronostic il est permis de penser que le traitement peut avoir dans certains cas une très heureuse influence.

CONCLUSIONS

La syphilis de l'appareil respiratoire ne jouit d'aucune spécificité, ni clinique ni radiologique. Si, souvent, elle ne donne lieu qu'à des signes de sclérose ou de bronchite chronique, dans un grand nombre de cas c'est sous le masque de la tuberculose qu'elle évolue pour réaliser ses aspects les plus divers.

1) Les formes aiguës de la syphilis pulmonaire sont rares, mais il en est peu qui simulent d'aussi près la tuberculose, qu'il s'agisse de granulies ou de broncho-pneumonies.

2) Les formes chroniques pseudo-tuberculeuses sont les plus habituelles : Parmi elles, les travaux récents ont individualisé les lobites. Certains signes leur sont particuliers, la fréquence des hémoptysies, cependant que l'état général est relativement bien conservé, l'âge avancé du malade et de sa syphilis.

Sur le cliché il n'y a pas de rétraction scissurale et les taches fibro-calcaires sont fréquentes dans la région hilare.

Les formes fibreuses diffuses ne sont pas rares, mais difficiles à rapporter à leur cause. Les formes ulcéro-caséeuses se voient peu, car elles n'existent qu'au stade de fonte caséeuse des gomme.

3) Les pleurésies syphilitique existent à la période

secondaire. Elles sont rares à la période testiaire et leur étiologie est très discutée.

4) Chez l'enfant, on a décrit depuis peu, une forme ganglio-pulmonaire qui simule en tous points l'adénopathie trachio-bronchique bacillaire. La négativité des réactions tuberculiniques doit toujours alors faire rechercher la syphilis.

Le diagnostic de syphilis de l'appareil respiratoire dans ses formes pseudo-tuberculeuses se base d'une part sur l'absence de signes de bacilliose dont on ne trouve ni les antécédents, ni les constatations bactériologiques ou biologiques habituelles, d'autre part sur quatre éléments dont la valeur est inégale : les antécédents de contamination syphilitique, les stigmates cutanéomuqueux et viscéraux, les réactions de Wassermann et de Hecht, l'épreuve du traitement.

Sans doute l'existence certaine d'une syphilis ne permet pas d'affirmer que les lésions pleuro-pulmonaires sont dues au tréponème. Mais les beaux résultats du traitement d'épreuve, dans les granulies, les lobites, la forme ganglio-pulmonaire de l'enfance, apportent l'argument le meilleur en faveur de cette étiologie.

Vu : *Le Doyen,*
ROUSSY.

Vu : *Le Président,*
BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AZOULAY : La forme sèche hémoptoïque de la dilatation des bronches (Thèses, Paris 1924).
- BENDA : La bronchite chronique syphilitique (Thèse, Paris 1927).
- L. BERNARD : Rapports de la syphilis et de la tuberculose du poumon (Rev. de la tuberculose 1923).
- L. BERNARD, MOUQUIN et LELONG : Un cas de pleurésie chez un syphilitique avec réaction de wassermann positive dans le liquide épanché (Bull. soc. méd. hop., Paris 1923).
- BEZANÇON et ETCHEGOÏN : Présence de spirochites dans les crachats hémoptoïques des tuberculeux (Et. scient. sur la tuberc. 1925).
- BEZANÇON et JACOB : Etude clinique et anatomique d'un cas de syphilis pulmonaire (Revue de la tuberc. 1923).
- COURCOUX et LELONG : La syphilis pulmonaire chez l'adulte (Journ. méd. franç. 1922).
- COURCOUX et J. LEREBoullet : Un cas de syphilis pulmonaire (Paris Médical, 17 fév. 1934).
- DIEULAFOY : Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris (497-, 498).
- DEBRE, G. SEMELAIGNE et Cournand : (Soc. de pédiatrie, 9 fév. 1926).
- DOHNER : Sur la radiodiagnostic de la syphilis pulmonaire (2^e Congrès international de la radiol., 1928).
- FABRE et CONTAMIN : La syphilis pulmonaire granuleuse (Lyon médical, 29 juillet 1928).

- A. FURNO : Le liquide pleuritique dans certains modes particuliers de la syphilis (*Réforma médica Napoli* 1919).
- M. GAUTIER : Un cas de pleurésie syphilitique tertiaire probable (*Gazette médicale de France*, déc. 1934).
- GATE et BARRAL : Contribution à l'étude des pleurésies syphilitiques secondaires (*Marseille méd.*, 15 mars 1928).
- GATE, DECHAUME et GARDERE : La granulée pulmonaire syphilitique (*Journ. de méd. de Lyon*, 20 octobre 1929).
- GATE et GARDERE : La syphilis pulmonaire à forme de cortico-pleurite (*Soc. méd. hop. Lyon*, 21 juillet 1927).
- GATE, GARDERE et ROUSSET : Erythème polymorphe et cortico-pleurite d'origine syphilitique (*Soc. méd. hop. Lyon*, janvier 1928).
- GOUGEROT : Pleurésies syphilitiques secondaires et tuberculose. Hybrides syphilitico-tuberculeux. (*Ann. mal. vén.*, juin 1931).
- JACOB : Quelques aspects cliniques et radiologiques de la syphilis pulm. (*Rev. de la tuberculose*, 1923).
- I. DE JONG : Syphilis broncho-pulmonaire (*Ann. d'anatomie patholog.* 1926, n° 3).
- KOLOVIC : Un cas de pleurésie chez un syphilitique (*Méd. Klin.*, 18 oct. 1929).
- LECAPLAIN : La syphilose pulmonaire (*Rev. méd.* 1924 n° 1).
- LELONG, GAVOIS et SEGRESTAA : Un cas de syphilis broncho-pulmonaire du nourrisson à forme pseudo-tuberculeuse (*Gaz. méd. de France*, 15 nov. 1934).
- LETULLE et DALSACE : Les formes latentes de la syphilis pulmonaire (*Presse médic.* 1926, n° 25).

- LETULLE ET DALSACE : Trois formes larvées de la syphilis pleuro-pulmonaire (Ann. de dermat. et de syphiligr., mars 1927).
- MARFOU, VALLERY-RADOT et DEBRAY : Contribution à l'étude des stridors de la 1^{re} enfance à propos d'un cas de compression de la trachée par un ganglion non tuberculeux mais probablement syphilitique (le Nourrisson, janv. 1925).
- MARFAN et DEBRAY : Un nouveau cas de cornage par adénopathie trachéo-bronchique syphilitique (le Nourrisson, janvier 1925).
- MERKLEN, WOLF et SICHEL : Gourmes géantes du poumon (Presse médicale, 1932, n° 80).
- MLADEN : La syphilis pleuro-pulmonaire scléro-gourmeuse (Thèse, Paris 1923).
- MUCCIOTA : Pleurésies syphilitiques chez les héri-do. Bruxelles Médical, 1927).
- NIJENSOHN et ETCHEVERRY : Dyphilis pleuro-pulmonaire (Semana méd., juin 1923).
- ORZZACH : Pleurésie médiastinale syphilitique (Klin. Woch., 8 octobre 1929).
- PAYON : Sur un cas de pleurésie gommeuse syphilitique (Marseille médical, 1920).
- PEHU et ROUGIER : Etude clinique de la syphilis broncho-pulmonaire dans la première enfance (Revue française de pédiatrie n° 3, 1934).
- RAYBAUD et JOUVE : La syphilis du lobe supérieur (Arch. méd. chirurg. de l'app. resp. 1934, n° 4).
- ROGER et SABAREANU : Sur la déviation du complément par les sérosités des syphilitiques (Soc. méd. hop. de Paris, 21 janvier 1910).
- ROMAND-MONNIER : Les granulées syphilitiques (thèse de Lyon, 1930).
- ROUBIER : Syphilome broncho-pulmonaire (Journal de médecine de Lyon, 1931).

- SERGEANT : Syphilis et Tuberculose (Masson, 1907).
- SERGEANT : Les épanchements pleuraux de la syphilis tertiaire (Soc. méd. hop. Paris, 11 fév. 1910).
- SERGEANT et BENDA : Les gammes syphilitiques du poumon (Paris méd. 15 fév. 1930).
- SERGEANT et DUROND : Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire (Acad. de médecine, 1^{er} mai 1923).
- SERGEANT, PIOT et IMBERT : Contribution à l'étude clinique et radiologique des gammes syphilitiques du poumon. (Presse médicale, 21 avril 1934).
- SIMONIN et TABELLION : Formes tuberculeuses de la syphilis pulmonaire (Paris médical, 25 août 1934).
- SORS et RAKOWER : Sur un cas de syphilis pulmonaire simulant la tuberculose (Monde médical, 1912).
- STOICHITZA et CRETZA : La forme lobaire de la syphilis pulmonaire (Archives médico-chirurgicales de l'app. respirat., 1935, n° 1).
- TABELLION : De quelques aspects pseudo-tuberculeux de la syphilis pulmonaire (Thèse Nancy, 1932).

